CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVIIa. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 2183 de 2014

Carpeta Nº 2451 de 2013

Comisión Especial de drogas y adicciones, con fines legislativos

CONSUMO, DISTRIBUCIÓN Y EXPENDIO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Regulación

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 10 de julio de 2014

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Sebastián Sabini (ad hoc).

Miembros: Señores Representantes Verónica Alonso, Julio Bango, Gustavo Borsari Brenna, Carlos Coitiño, Pablo Iturralde Viñas, Felipe Michelini, Martha Montaner, Jorge Orrico, Daniel Radío y Rubenson Silva.

Concurren: Por la División de Asistencia Técnica, psicólogo Gustavo Daniel Conde Rosito y doctor Ernesto Abisab.

═══════II═══════

SEÑOR PRESIDENTE (Sabini).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión Especial de Drogas y Adicciones con Fines Legislativos tiene el gusto de recibir al psicólogo Daniel Conde Rosito y al doctor Ernesto Abisab, que vienen a exponer el trabajo que ha realizado la Asistencia Técnica de la Cámara. Ya han trabajado en esta Comisión anteriormente y ahora lo han hecho en torno a la legislación comparada en materia de regulación sobre políticas de alcohol. Agradecemos el trabajo que han desarrollado siempre, que es muy profesional, y les invitamos a realizar su exposición.

SEÑOR CONDE.- Este trabajo lo tienen por escrito y pueden leerlo para tener una visión más global, pero voy a intentar hacer algún tipo de jerarquización o énfasis en aquello que puede ser más interesante para ustedes y aporte al trabajo de revisión de la propuesta del Poder Ejecutivo. Voy a intentar explicar en qué consiste el trabajo y cómo está dividido. Al principio, se van a encontrar con que hay una serie de datos de investigación. Hemos tomado un informe de la OMS que se publicó en 2014. Nos pareció importante porque permite comparar al Uruguay con todos los países del mundo; tiene que ver con lo que los países reportan con respecto a las políticas de salud y alcohol y, por lo tanto, contiene las estadísticas más oficiales de todos los países del mundo. Vamos a ver que básicamente figuran los datos del mundo y de Uruguay, pero se puede contar también con los informes parciales de cada uno de los países que integran la OMS.

Dentro del mismo informe, como un apartado, van a encontrar un análisis del Uruguay en relación a la situación actual de las políticas públicas en materia de alcohol de acuerdo a las pautas que la OMS establece como las distintas acciones posibles para desarrollar en el marco de una estrategia. Otro apartado tiene que ver específicamente con explicitar cuál es la estrategia mundial para reducir el uso masivo de alcohol, y eso queríamos que quedara expresado concretamente en el informe. En el cuarto apartado aparece la propuesta del Poder Ejecutivo, más que nada para recordar cuáles son las características generales. No se trata de un estudio demasiado en profundidad pero se intenta tomar cuáles son las acciones que el Poder Ejecutivo propone y en qué áreas.

Luego aparece el punto central: los debates actuales a nivel internacional. Con respecto a este punto quiero aclarar que se presentan algunas cuestiones más generales y que en la medida en que la Comisión avance en el estudio del proyecto, con respecto a medidas concretas en algunas áreas en particular, se podría estudiar más en concreto alguna legislación de otros países que pueda ser referente para analizar ese tipo de acciones.

Los hallazgos de investigación son de mayo de 2014, o sea que bien actuales. Tuvimos la suerte de que se publicara este informe recientemente y aprovechamos para usarlo para este informe. Está en inglés; traté de traducir algunas cosas pero en muchos cuadros van a ver que hay terminología en inglés porque no tuvimos tiempo de pasarla al español ya que no hay por ahora una traducción al español. En este informe aparece que en el mundo mueren anualmente 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, que representa un 5,9% de todas las defunciones. La OMS siempre aclara que la estrategia mundial se refiere solo a efectos de consumo de alcohol sobre la salud pública y que no toma posición con respecto a las creencias religiosas ni a las normas culturales en particular. Además, se tiene claro que el consumo nocivo del alcohol es un factor causal de doscientas enfermedades y trastornos que están claramente establecidos por la OMS. El 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol. El índice EVAD que figura acá es bastante novedoso porque además de las causas de muerte toma también los años que se pierden en la

esperanza de vida en función de las discapacidades que se generan a partir del uso nocivo del alcohol.

El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles a este consumo. Además, está probada la existencia de una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, de enfermedades no transmisibles y de traumatismos.

Recientemente también se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH-SIDA. Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto.

La gráfica que estamos viendo recoge el consumo en litros de alcohol puro en personas mayores de 15 años en Uruguay según el tipo de bebida: el vino representa un 60%; la cerveza, un 31%; y los licores -bebidas destiladas-, un 9%.

SEÑOR BANGO.- Me parece importante que en la versión taquigráfica quede registrado que estos estudios fueron realizados en 2010.

SEÑOR CONDE.- Efectivamente, si bien el informe fue realizado en mayo de 2014, se basa en análisis realizados en 2010 que son los últimos que existen a nivel internacional, a los efectos de hacer una comparación. De Uruguay también tenemos algunos datos de 2011.

Lo que vemos en Uruguay es que, en el caso de las cervezas, el vino y los licores, el consumo se mantiene bastante estable, con un leve descenso en el vino y un aumento en las cervezas. Siempre estamos hablando de litros de alcohol puro per cápita, que no equivale a la cantidad de litros de bebida consumida. Por ejemplo, probablemente se consuman más litros de cerveza que de vino; sin embargo, el vino aporta un mayor porcentaje de alcohol.

La siguiente gráfica nos muestra un registro discriminado por períodos de años del porcentaje de consumo de alcohol per cápita en mayores de 15 años. Desde 2003 a 2008 fue de un 6,1%, con una estimación de no registro de 2,0%, totalizando un 8,1%. Y desde 2008 a 2010 fue de un 6,6%, con una estimación de no registro de 1,0%, totalizando un 7,6%. Me parece importante que recuerden los porcentajes totales porque es lo que se compara con el resto de los países de América y del mundo. El promedio de los países de América para 2008- 2010 es de 8,4%.

En esta gráfica podemos observar la prevalencia de consumos episódicos de más de 60 gramos de alcohol puro en los últimos treinta días, discriminados por hombres, mujeres y ambos sexos. En la población en general hay un 9,4% que ha tenido este tipo de consumo, y entre los bebedores de alcohol ese porcentaje aumenta al 16,1%. O sea que un 16,1%, en los últimos treinta días, ha tenido un episodio de consumo nocivo de alcohol.

La siguiente gráfica nos muestra el total de alcohol consumido solo por población consumidora mayor de quince años. En ambos sexos, en el año 2010 tenemos un 12,9%. La población que consume pero que no lo hizo en los últimos doce meses representa un 41% del total. Según el patrón de riesgo que establece la OMS, en una escala del 1 al 5 -de menos riesgo a más riesgo-, Uruguay estaría en el 3 en cuanto a la cantidad de población bebedora.

La siguiente transparencia muestra las consecuencias para la salud: la mortalidad y la morbilidad, es decir, las muertes o las enfermedades que pueden presentarse por el consumo nocivo de alcohol.

Además, la OMS hace un "score" de los años perdidos atribuibles al alcohol. En ese ranking tenemos un lugar intermedio: entre menos y más, del uno al cinco, estamos en el tercer lugar.

Con respecto a las tasas de mortalidad estandarizadas por edad atribuibles al alcohol, hay dos situaciones centrales a tener en cuenta: la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito.

Cada cien mil habitantes, el 7,6% de los accidentes de tránsito se pueden atribuir al consumo nocivo de alcohol.

En el caso de las enfermedades hepáticas, el porcentaje es mucho mayor: 54% para los hombres y 60% para las mujeres.

La prevalencia de trastornos por consumo de alcohol es igual en ambos sexos: 5,3% del total la población. A su vez, un 2,7% es dependiente del alcohol. En las Américas, los trastornos producidos por el alcohol alcanzan a un 6% de la población en el total de los países, y la dependencia, llega al 3,4%.

Algunos datos más concretos surgen de la V Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, realizada 2011, que figura en la exposición de motivos del proyecto. Allí se establece que uno de cada cuatro consumidores de alcohol en el año anterior presenta uso problemático de alcohol con diferentes riesgos y modalidades. En términos absolutos, esto representaría alrededor de 262.000 personas mayores de quince años. A su vez, unas 71.000 personas presentan problemas importantes en el consumo de bebidas alcohólicas y, por tanto, requieren una demanda potencial de tratamiento de algún tipo.

Ahora veamos cómo está Uruguay con relación a las recomendaciones de la OMS relativas a políticas e intervenciones posibles en salud y alcohol.

La primera categoría es si existe una política nacional adoptada, escrita, aprobada o revisada. Debemos decir que en nuestro país no existe nada por el estilo.

La segunda categoría es si existen impuestos especiales sobre la cerveza, el vino y los licores. En Uruguay tenemos impuestos para la cerveza y los licores, pero no para el vino.

Luego, se establece la edad mínima legal nacional para la venta o el permiso para comprar bebidas alcohólicas. En nuestro país, la edad mínima para adquirir cerveza, vino y licores es dieciocho años.

Por otra parte, la edad mínima para consumir este tipo de bebidas es de dieciocho años.

También se tienen en cuenta las restricciones para la venta de bebidas alcohólicas. En Uruguay hay restricciones en cuanto a horas, pero no con respecto a los días. En cuanto a lugares de venta, tenemos algún tipo de limitación, pero no hay nada establecido en relación a la venta en estaciones de servicio. Tampoco existen restricciones para eventos específicos ni hay ningún tipo de previsión para el caso de personas intoxicadas.

En Uruguay, la concentración de alcohol en sangre máxima nacional legal para la conducción de vehículos: es 0,3% para la población en general -aclaro esto porque algunos países tienen porcentajes distintos para los más jóvenes como medida preventiva, y en nuestro caso es el mismo- y 0% para quienes poseen libreta profesional.

Por otra parte, en nuestro país no existe ningún tipo de regulación legal para la colocación de publicidad en cartelería o en productos.

Tampoco tenemos regulación legal para el patrocinio y la venta de bebidas alcohólicas, ni exigimos etiquetas de advertencia de salud en este tipo de productos o en su publicidad.

En Uruguay sí existe apoyo del Gobierno Nacional para acciones comunitarias.

También tenemos un sistema de monitoreo nacional.

Todas estas categorías son las que mide la Organización Mundial de la Salud para ver cómo está el país en cuanto a políticas en alcohol.

La siguiente gráfica muestra la situación mundial en cuanto al alcohol y la salud.

Allí figura la prevalencia de episodios de consumo nocivo en el mundo por región. En uno de los ejes está el porcentaje de la población y, en el otro, las distintas regiones: África, América, Mediterráneo Oriental, Europa, Sudeste Asiático y Pacífico Occidental. La última columna representa la situación del mundo en su conjunto.

Como dije, en Uruguay el índice es de 7,6%. En el mundo, el promedio es 7,5% y en los adolescentes entre quince y diecinueve años, sube al 11,7%. En el caso de América sucede lo mismo: el promedio para la población en general es 13,7%, y para los adolescentes entre quince y diecinueve años aumenta al 18,4%. Si tuviéramos los datos de Uruguay en este sentido, seguramente habría diferencias, porque el promedio de jóvenes que consumen alcohol aumenta con relación al porcentaje del resto de la población.

La siguiente gráfica muestra con diferentes colores qué ha pasado entre el año 2006, en el que se realizó un informe, y el año 2010. La OMS establece categorías determinando en qué países se incrementó, en cuáles se mantuvo estable, en qué países decreció y cuáles son los países sobre los que no hay datos. Debemos decir que en este caso Uruguay permanece estable. En la misma situación están casi todos los países de América. Aparece un incremento en la franja de los países del Pacífico, sobre todo, en los cercanos al Caribe.

El siguiente mapa muestra el total de consumo de alcohol per cápita en la población mayor de quince años en el año 2010, tomando en cuenta la cantidad de alcohol puro en litros.

Uruguay se encuentra en la categoría de 7,5 a 9,9. Hay que recordar que en el caso de nuestro país es 7,6, o sea que estamos bastante cerca del mínimo de la categoría.

Los países de mayor consumo, mayor o igual a 12,50, están en la zona marrón de Asia y de Europa. Algunos se destacan, en particular, Italia, que tiene un consumo bastante bajo, y es un caso muy estudiado, porque muestra un descenso muy grande de los índices de consumo de alcohol en comparación con otros países de Europa, lo que no es algo frecuente. Francia es otro de los países que ha logrado reducir el consumo.

En esta presentación, se establece la estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, con las opciones de política e intervenciones que se pueden aplicar a escala nacional. Se divide en diez esferas, que son las siguientes: liderazgo, concienciación y compromiso, respuesta de los servicios de salud, acción comunitaria, políticas y medidas contra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, disponibilidad del alcohol, comercialización y promoción de las bebidas alcohólicas, políticas de fijación de precios, mitigación de las consecuencias negativas del consumo del alcohol y la embriaguez, reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción

informal y seguimiento y vigilancia. Estas diez esferas se recomiendan como parte de una estrategia para instrumentar políticas destinadas a disminuir el consumo de alcohol.

El proyecto del Poder Ejecutivo propone una estrategia nacional que tendría como propósito -lo establece el proyecto- modificar una cultura de consumo sin afectar las ventajas y beneficios sociales y culturales y la actividad económica que lo sustenta. Como objeto, se propone disminuir la accesibilidad y disponibilidad de bebidas alcohólicas, actuar sobre la información, percepción del riesgo y conciencia de enfermedad, reducir los daños asociados al consumo, en especial, la violencia y la siniestralidad laboral y en el tránsito, asegurar una asistencia sanitaria basada en la evidencia científica, regular la venta, una nueva estructura tributaria y unificar la normativa ya existente respecto al alcohol.

Es de destacar que se definen como elementos centrales en la estrategia establecer un período de cuatro años para poder evaluarla, y generar un consenso, obteniendo la adhesión de los organismos públicos, las Intendencias departamentales, los Ministerios, las empresas públicas y privadas, los sindicatos, los consumidores, las organizaciones de la sociedad civil y la población en general. Otro de los criterios es que la estrategia sea autosustentable, que la financiación esté acorde a las propuestas que se implementarán.

A su vez, se define que haya una mayor intensidad en las acciones para la puesta en marcha de la estrategia y que vayan disminuyendo a lo largo de los años, haciendo hincapié al comienzo de una campaña de comunicación a la población por intermedio de los medios masivos de comunicación.

Asimismo, define como central la evaluación. Se supone que esta estrategia va a poner el énfasis en la evaluación; es decir, que se pueda evaluar cuáles han sido los impactos de las acciones y, a su vez, que contenga una financiación.

Para llevar adelante la estrategia, se crea un órgano desconcentrado en la órbita de la Presidencia de la República, que es la Unidad Reguladora de Bebidas Alcohólicas, denominada URBA. El proyecto define la integración de esta Unidad en el artículo 3º, le asigna competencias exclusivas en la definición, coordinación y evaluación de políticas y le otorga autoridad nacional de control y fiscalización en el artículo 4º; además, se crea un régimen de sanciones que se exponen en el Capítulo VI del proyecto. El funcionamiento de la URBA se deja en manos de la reglamentación que se dicte oportunamente por el Poder Ejecutivo. La financiación de la estrategia y, en particular, de la URBA, se define en las modificaciones tributarias que se establecen en el artículo 7º. Para incidir sobre la accesibilidad y la reducción del consumo, se institucionaliza un sistema de licencias para la venta, que se establece en el Capítulo III, y un registro de infractores en el artículo 15.

También, se establecen prohibiciones en la Sección III, del Capítulo III, que van desde las vigentes, como el expendio de bebidas alcohólicas a menores de dieciocho años, hasta el expendio y consumo en la vía pública, que figuran en el artículo 19.

Asimismo, se establecen condiciones para la promoción de productos, el patrocinio de eventos, entre otros, en los artículos 21 al 28.

En el Capítulo V del proyecto se propone una serie de limitaciones a la publicidad de bebidas alcohólicas; se establecen leyendas obligatorias que advierten sobre el consumo excesivo y la prohibición de venta a menores, lo que figura en el artículo 34. Se prohíbe la propaganda que asocie el consumo de bebidas con beneficios para la salud, y con actividades deportivas, entre otras, lo que figura en el artículo 37.

El Capítulo IV del proyecto se compone de cuatros artículos, 29 al 33, y refiere a las políticas de prevención, educación y tratamiento. En todos los casos, se obliga a la

elaboración de contenidos o programas en la órbita de competencia de las instituciones correspondientes, como puede ser Educación Primaria y Secundaria, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y otras instituciones públicas para programas comunitarios, que se establece en el artículo 31. Con respecto a las instituciones de salud, se proponen servicios de asesoramiento y tratamiento dirigidos a bebedores problemáticos. En este caso, se dará prioridad a las opciones de menor complejidad, aunque se menciona la necesidad de contar con programas ambulatorios, de hospital de día, residenciales, residenciales de mediana y larga estadía y residenciales para patologías duales, establecido en el artículo 32.

Finalmente, en el artículo 33 se propone la autorregulación de las administraciones públicas para promover acuerdos de protección de salud y de prevención del consumo problemático de bebidas alcohólicas. En ningún caso los artículos mencionados establecen metas para desarrollar en el período de cuatro años referido a la estrategia en políticas públicas sin alcohol. Probablemente, esto también quede para la reglamentación.

Por otra parte, me voy a referir a los debates que se realizan internacionalmente con respecto a este tema y lo que nosotros hemos relevado. Por supuesto, puede haber más información de la que nosotros tenemos.

Por lo que sabemos, existe un debate entre dos paradigmas. El primero de ellos refiere la teoría de la población total en la prevención de los problemas con el alcohol, de la cual existen referencias importantes de la Universidad de Oxford. En esta teoría, se afirma es que si se desea reducir los perjuicios causados por el alcohol en una población determinada, el consumo medio de la población total debe reducirse; es decir, que las acciones deben estar dirigidas a toda la población. Las dificultades que presenta esta teoría radican en que es mucho más difícil generar consensos, en tanto no existan condiciones sociales concretas que lo justifiquen. Es decir, si hay algún suceso en el país que genere una alarma pública, se acuerdan políticas que se puedan plantear para toda la población.

El otro paradigma, que es como una alternativa al anterior, refiere a la reducción del daño. Las políticas, en este caso, se restringen a limitar o reducir el perjuicio entre aquellos que ya lo sufren o se hallan en riesgo de sufrirlo; o sea, se aplica una política más enfocada. Estas propuestas generan un mayor consenso social. Con respecto a las políticas que se implementan con esta alternativa, se ha visto que los logros se centran, fundamentalmente, en el mejoramiento de las políticas preventivas y de los servicios de salud en esos ámbitos.

Como decía, a nivel internacional, en lo que refiere a la literatura científica y a los hallazgos de investigación, las medidas que se definen como más eficaces para reducir el daño provocado por el alcohol son las que se dan a nivel de toda la población.

Por supuesto que también hay investigaciones realizadas por organizaciones financiadas por las empresas que fabrican o comercializan alcohol -en algún caso, bastante serias; no las hemos puesto aquí porque no nos merecen la misma garantía que las investigaciones académicas- que confrontan la literatura científica y relativizan los logros de las políticas que se implementan para toda la población, con el argumento de que, en los países en que se han aplicado, los descensos de los índices no necesariamente pueden atribuirse a un impacto directo de esas políticas, o por lo menos, no hay evidencia empírica que lo demuestre.

Evidentemente, la discusión académica; puede haber muchas investigaciones en un sentido y muchas otras que demuestren lo contrario, pero algunas pueden tener una mayor legitimidad desde el punto de vista académico.

Básicamente, en el mundo académico, hay consenso en que las políticas que dan resultados son las que se aplican a toda la población y que consisten en aumento de los impuestos y de los precios del alcohol, restricciones de la densidad de los puntos de venta, monopolios de venta minorista de alcohol, programas de intervención y responsabilidad del expendedor, elevación de la edad mínima para comprar alcohol, rebaja de los niveles de concentración de alcohol en sangre para los conductores y en intervenciones breves para los que beben de forma arriesgada.

Luego, hay otro nivel de debate que es un dilema más bien ético relativo a la prevención en salud. Se refiere a políticas que tienden a prohibir o a permitir, a castigar o a promocionar. Es un dilema ético en el sentido de que, obviamente, hay algunas políticas preventivas en salud que no inciden tanto en lo que es la libertad individual de los sujetos o en las decisiones que las personas toman libremente, pero hay políticas restrictivas que establecen prohibiciones que, de alguna manera, chocan con lo que es la libertad individual de poder tomar decisiones con respecto a cuánto alcohol consumir, cuándo y dónde.

Lo que se ha visto internacionalmente es que los intereses económicos y del mercado se confrontan con las políticas públicas sobre alcohol que se fundamentan en razones de salud pública basadas en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Es importante analizar que hay diferentes significaciones sociales del consumo de bebidas y esto pesa bastante en las distintas características de los países. Por ejemplo, beber para embriagarse, como tradición muy arraigada, tomando el alcohol como una sustancia psicotrópica, es una característica muy tradicional de los países del norte de Europa y de Inglaterra; allí, a nadie se le ocurre tomar alcohol si no es para embriagarse, o sea, el que toma alcohol lo hace para embriagarse. También están los que beben sobre todo por el sabor y el olor, casi siempre durante las comidas. Es el caso del vino, una características tradicionales de los países del sur Europa, como Italia, Francia, España.

Esto significa que, históricamente -después les voy a mostrar un estudio comparativo de los países de Europa porque es donde hay más investigación-, los países que tienen más tradición de políticas de control del consumo de alcohol son los del norte; los del sur han ido regulando esto más tardíamente. Lo que se ha producido es un movimiento donde los países del mundo han ido disminuyendo las políticas restrictivas, que eran muy importantes, con un monopolio estatal en toda la cadena, tanto para la producción, como para el consumo del alcohol; con la creación de la Unión Europea, han ido disminuyendo ese tipo de controles.

El mercado único ha llevado a un debilitamiento del modelo de restricción, con un descenso de impuestos y una extensión del horario de apertura de los bares y otros establecimientos que venden alcohol. También está el tema de las licencias, que son muy frecuentes en los países de Europa. En general, antes existían muchas condiciones para ser otorgadas, pero hoy, más que nada, existen restricciones formales; cualquiera que cumpla con los requisitos obtiene una licencia. Antes había requisitos que eran evaluaciones mucho más profundas para otorgar esa licencia; hoy, es un trámite básicamente formal.

Otro elemento que también es polémico es que son escasos los estudios sobre los factores que determinan los cambios en el consumo de alcohol, siendo uno de esos factores las políticas de intervención preventiva. Entonces, como es mucho más difícil

evaluar el impacto de las políticas de intervención preventiva, existen muy pocos estudios sobre estos aspectos.

En algunos países, se han realizado mediciones sobre el impacto de algunos programas, pero esto depende mucho de las características culturales de cada país y de que sean fáciles de trasladar, en el caso de que haya un programa preventivo exitoso, por ejemplo, desde España al Uruguay o de Estados Unidos a Perú. Si no se toman en cuenta para la elaboración de esos programas las características culturales del país, es muy difícil que el éxito que ha tenido en un país pueda replicarse en otro lugar. Por lo tanto, las políticas restrictivas no tienen demasiada investigación detrás como para medir el impacto.

Con respecto a las políticas educativas, lo que se conoce es que uno puede tener logros importantes en los niños con políticas educativas -esto también se ve en el Uruguay- pero después, niños que son grandes defensores del no consumo cuando llegan a la adolescencia cambian totalmente. Esto no significa que no haya tenido impacto la política educativa, pero no necesariamente significa que va a incidir en los hábitos de consumo cuando esa persona llegue a adulto. Esa es otra de las dificultades que tienen las políticas educativas: el impacto solo lo podemos medir a largo plazo.

A pesar de todas estas políticas, de hecho, en las décadas recientes, el consumo de bebidas alcohólicas ha aumentado en todos países nórdicos y ha descendido en países como Francia e Italia, con bajas restricciones en sus políticas.

En la gráfica se pueden medir, en una escala de cero a veinte, las políticas en alcohol de los distintos países en un estudio comparativo realizado en Europa. Los que tienen más, son los países que tienen más restricciones; los que tienen menos, son los que tienen menos restricciones. Lo interesante es que aparece un período muy extenso, desde 1950 a 2000, en que se aprecia que los países que tienen más control son los nórdicos. En el año 2000, se ha emparejado: los países que no tenían restricciones empiezan a tener algunas políticas concretas con relación al alcohol y algunos de los países nórdicos empiezan a disminuir en sus indicadores.

Este estudio tiene el problema de que, a veces, es difícil medir la importancia de los distintos ítem que se miden. Por ejemplo, los impuestos pueden llegar a ser una medida bastante importante si son del 40%; si son del 5%, por más que ese ítem sea el mismo para dos países diferentes, en un caso, tiene un peso muy importante y en otro caso, no.

SEÑOR PRESIDENTE.- En estos modelos más restrictivos, ¿cuál es la correlación entre consumo y regulación?

SEÑOR CONDE.- Los países que tenían más consumo siguen en la misma situación, porque, históricamente, fue así, pero siempre tuvieron políticas de restricción. Si bien existen estadísticas que reflejan que las restricciones han dado resultado, en realidad, siempre estamos igual en presencia de países con un elevado consumo de alcohol que, comparados, por ejemplo, con países de América, siempre van a figurar como países que tienen mayor consumo. Lo que sucede es que ese no es un indicador que nos permita saber si fueron eficaces o no las políticas, porque son países que siempre han tenido un consumo mucho más elevado y de bebidas destiladas, que de por sí, tienen una graduación alcohólica muy importante.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me gustaría conocer cómo afectó la inclusión de la nueva regulación al consumo, por ejemplo, a España.

SEÑOR CONDE.- Lo que está pasando en España es que ha sido muy difícil aprobar una ley nacional. Tiene mucha legislación regional, pero aún no ha podido

aprobar una ley a nivel nacional. Entre 2003 y 2005, se había presentado un proyecto de ley dirigido a los jóvenes, pero no se pudo aprobar. Tampoco se estableció una edad mínima para el consumo, pues ello se regula a través de normas regionales.

Por otro lado, se ha dado el dilema entre el mundo académico y las organizaciones vinculadas con la salud y los que están vinculados al sector del turismo y al industrial o de la comercialización de bebidas alcohólicas. España tiene una legislación que no está muy afín con la Unión Europea, porque en una norma que se aprobó recientemente, se establece que el vino es una bebida alimenticia. Esto está explícitamente prohibido en la Unión Europea. Primero, se adoptó el texto de la Unión Europea, pero luego, cuando se aprobó, se modificó y, de alguna manera, quedó en un borde entre las recomendaciones de la Unión Europea y lo que hizo el Parlamento español.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera saber cuál es la definición en el caso de la Organización Mundial de la Salud.

SEÑOR CONDE.- En el informe, aparece el caso de la Organización Mundial de la Salud y dice que la estrategia se basa en esas diez esferas...

SEÑOR PRESIDENTE.- Me refiero a si se considera un alimento o no.

SEÑOR CONDE.- No; ninguna bebida alcohólica, ni siquiera el vino se lo considera un alimento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hago esa pregunta, porque a esta Comisión asistieron delegaciones que plantearon esa hipótesis.

SEÑOR CONDE.- Sí es claro que existe una diferencia entre las formas de consumo de las bebidas fermentadas y las destiladas. Tradicionalmente, también ha sido así en los consumidores. Tendríamos que recurrir a algunas investigaciones para conocer lo que ocurría con el vino. Lo que sabemos que se producía masivamente en todos los países, inclusive en Uruguay, con poco control en la producción. Históricamente, el vino provocaba muchos problemas de salud por la forma en que se producía. En la medida en que el vino comenzó a industrializarse y perfeccionarse en cuanto a controles de calidad, también han disminuido los efectos del consumo del vino en cuanto a efectos secundarios provocados por déficit en la propia producción.

Por otro lado, cabe señalar las medidas que afectan la accesibilidad al alcohol. Hoy se aplican en menor grado que hace cincuenta años. La creación del mercado único europeo ha llevado a muchos países a abolir numerosas medidas de control sobre la producción, importación, exportación y los monopolios sobre la venta al por mayor, hasta las nuevas regulaciones sobre licencias para vender bebidas alcohólicas al público, que son trámites formales. Esto ocurre en la Unión Europea, donde existe más investigación.

Las medidas de control del alcohol dirigidas a determinados problemas relacionados con su consumo y que pretenden influir en la demanda de las bebidas alcohólicas se han hecho más frecuentes como, por ejemplo, la que se aplica a los conductores o a los lugares de trabajo, que tratan de incidir en la demanda.

En casi todos los países del mundo están incluidas las políticas de alcohol en las agendas políticas. Casi todos los países tienen como parte central de su agenda política las políticas relativas al alcohol que, como veníamos, es un debe en el caso de Uruguay.

Como decía, tanto Francia como Italia experimentaron un descenso en el consumo total en las últimas décadas. En el caso de Francia, fue por campañas de reducción de daños y control intensivo del alcohol desde la década de los noventa. Y, en el caso de la experiencia italiana, en realidad, no se asocia a ninguna campaña de prevención

específica ni de estrategias de control, sino, más bien a tendencias graduales, migraciones, organización del trabajo, precios del alcohol, toma de conciencia del consumo excesivo y políticas agrícolas. Es lo que decía con respecto al vino en el sentido de que, probablemente, en Italia se haya dado una situación bastante significativa por cuestiones secundarias o no directamente vinculadas al alcohol que generaron que hubiera, por un lado, un aumento de la conciencia de los efectos nocivos del alcohol y, por otro, una mejora en el acceso y tipo de bebidas que se consumían, además de las migraciones internas que se produjeron.

En cuanto a las publicidades, hay legislación del Parlamento europeo bastante importante, que compromete a todos los países que integran a la Unión Europea que hacen tanto a la propaganda, a la televisión como a los mensajes publicitarios en general.

En el informe, transcribimos algunos como, por ejemplo, en cuanto al contenido de los anuncios, que incluyen códigos de autorregulación y se prohíbe explícitamente la asociación del alcohol con el éxito social, deportivo, sexual, etcétera, y la aparición de menores o que los mensajes se dirijan a estos. Tampoco puede ridicularizarse la abstinencia o incitar al consumo desmedido. Desde el año 2006, se promueve el etiquetado de las bebidas alcohólicas, incluyendo la graduación, el número de unidades de bebida contenida en la botella y alguna información básica relativa a la importancia de no consumir por parte de las embarazadas y conductores.

SEÑOR ABISAB.- Con respecto al punto anterior a que hacía referencia el doctor Conde acerca de la publicidad, en Uruguay, sucede todo lo contrario, pues se hacen publicidades y avisos sugiriendo, por ejemplo, que si se toma alcohol, uno está mejor o puede tener otro tipo de comportamiento mejorado, más seguro de sí mismo. En Europa, se tiende a suprimir estas tendencias publicitarias.

SEÑOR CONDE.- En cuanto a los países de América podremos observar que la legislación es bastante nueva si la comparamos con la de los países europeos.

Como puede apreciarse en los indicadores, en el caso de los países europeos o asiáticos, el consumo empezó a ser un problema de salud pública mucho antes que en los países de América.

Acá aparecen algunas cosas generales que deberían profundizarse en la medida en que la Comisión comience a trabajar específicamente en algunos artículos del proyecto.

México, Argentina y Brasil disponen de normas estaduales o regionales acompañadas de una legislación nacional parcial. Las disposiciones de algunos Estados de México son las más amplias en cuanto a regulación, distribución, venta y consumo de bebidas alcohólicas. En el caso de Brasil, la Ley Nacional Nº 2.294, regula y restringe la propaganda de bebidas alcohólicas. En Argentina, la Ley Nº 24.788, de 31 de marzo de 1997, crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol.

Por su parte, en Paraguay, la Ley Nº 1.333, de 14 de octubre de 1998, establece restricciones a la publicidad y a la promoción de bebidas alcohólicas. Chile tiene una legislación nacional, la Ley Nº 19.925, de Alcoholes, de 19 de enero de 2004. En Perú se destaca la Ley Nº 28.681, que regula la comercialización, el consumo y la publicidad de bebidas alcohólicas; asimismo, tiene un reglamento que establece algunas disposiciones al respecto. Y en Costa Rica cuentan con la Ley Nº 7.633, que restringe los horarios y días de venta de bebidas alcohólicas.

En la medida en que se profundice en los contenidos del proyecto, podremos analizar las características de esos textos.

Las políticas públicas sobre alcohol han tenido una relevancia histórica en Europa, y allí es donde se cuenta con estudios científicos en cuanto a su impacto. En América Latina se vienen implementando desde la década de los noventa.

El mundo académico tiende a alinearse detrás de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, mientras que los sectores vinculados a la producción de bebidas alcohólicas y al turismo prefieren la autorregulación y la reducción de daños. La tendencia mundial apunta a la mayor conciencia en cuanto a la importancia de confeccionar estrategias nacionales sobre el consumo del alcohol, pero es difícil alcanzar los consensos sociales para implementar medidas de restricción sobre la accesibilidad y el consumo de bebidas alcohólicas.

Las políticas preventivas y educativas para incidir en los hábitos de consumo, así como las que se desarrollan para intervenir en los ambientes de diversión de poblaciones específicas, no disponen de evaluaciones adecuadas para medir su impacto. Como dije antes, no es que no se hayan hecho, sino que es muy difícil sacar conclusiones que puedan servir para todos los países, o generar pautas para conocer qué políticas son las más adecuadas. En general, son evaluaciones que requieren de un plazo muy extenso. Existen algunas que se han hecho en España y en Estados Unidos, pero no son trasladables a otros países.

SEÑOR MICHELINI.- En primer lugar, agradezco el informe y las aclaraciones de los representantes de la Asistencia Técnica.

En segundo término, quiero saber si tienen acceso a algún estudio comparado de políticas públicas y asignaciones presupuestales, realizado por la Organización Mundial de la Salud o por algún otro organismo, que pueda medir los respaldos financieros con respecto a las políticas que se quiere llevar adelante.

SEÑOR CONDE.- La Organización Mundial de la Salud no recaba información de los países sobre el presupuesto destinado a las políticas; quizás haya otros organismos que tengan ese tipo de información. En este informe en particular, que contiene lo que los países reportan a la Organización Mundial de la Salud, no aparecen aspectos económicos vinculados con lo presupuestal.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que para las estrategias que se establecen a nivel nacional exista financiación para los programas que se estipulan, pero no hay indicadores de cuáles serían los porcentajes de gastos más adecuados.

SEÑOR BANGO.- Hemos tomado contacto con este material hace un par de días, pero yo necesitaría analizarlo en profundidad para poder tener un intercambio con todos los compañeros de la Comisión.

Veo que este informe tira por tierra determinados mitos; por ejemplo, no hay una relación directa entre el aumento de la regulación y la baja del consumo, o lo contrario. Ustedes se han referido a los países nórdicos, a las tradiciones culturales, a los ecosistemas, con relación a los tipos de bebidas que se consumen, o sea que hay una serie de factores a tener en cuenta. Atender las características culturales de la población resulta especialmente necesario a los efectos de que la política sea eficiente y eficaz.

Agradecemos mucho la información y las fuentes citadas a efectos de profundizar en el tema y seguir avanzando.

En lo que a mí respecta me voy muy satisfecho, pero reitero que para participar de una jornada de intercambio necesitaría estudiar un poco más el tema.

SEÑOR SILVA.- Me sumo al reconocimiento de los técnicos por el trabajo realizado.

Aprovecho también para hacer un reconocimiento al trabajo de la Secretaría de la Comisión, que día a día nos acerca abundante material sobre los temas que estamos tratando.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos el trabajo de la Asistencia Técnica. Creo que nos han dado un marco general de trabajo muy interesante. Sin duda, las recomendaciones van a ser de utilidad para la aprobación del proyecto final.

Se levanta la reunión.

≠